Ein Fall von lupöser Erkrankung

der

weiblichen Urethra.

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin,

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät der kgl. bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München, unter dem Präsidium des Herrn Geheimrats Prof. Dr. von Winckel vorgelegt

von

OTTO GEHSE,

Cand. med.

aus Gr.-Oschersleben.

München 1894.

Nationale Verlagsanstalt, Buch- u. Kunstdruckerei, Act.-Ges.

Ein Fall von lupöser Erkrankung

der

weiblichen Urethra.

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin,

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät der kgl. bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München, unter dem Präsidium des Herrn Geheimrats Prof. Dr. von Winckel vorgelegt

von

OTTO GEHSE,

Cand. med.

aus Gr.-Oschersleben.

München 1894.

Nationale Verlagsanstalt, Buch- u. Kunstdruckerei, Act.-Ges.

Dem

Andenken seiner Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Ein Fall von lupöser Erkrankung der weiblichen Urethra.

Die Erkrankungen der weiblichen Urethra fanden bis in die jüngste Zeit hinein keine besondere Berücksichtigung, wie auch der Umstand beweist, dass sie in den meisten Handbüchern der pathologischen Anatomie und Medizin stillschweigend übergangen wurden oder doch nur ganz oberflächliche Erwähnung fanden. Riefen auch die polypösen Excrescenzen der Urethra schon früh das Interesse der Ärzte wach, so fehlte doch in den verschiedenen Angaben über Urethralerkrankungen, die sich in den einzelnen Handbüchern fanden, eine genaue anatomisch-histologische Beschreibung. Zuerst machte Morgagni im Anfang des vorigen Jahrhunderts auf polypöse Wucherungen der weiblichen Urethra aufmerksam. Sodann schildert Charles Clarke Geschwülste als vasculars tumours. „Bei den Frauen, sagt er, lässt sich rund um das Orificium Urethrae eine Projection wahrnehmen, von welcher eine Geschwulst ausgeht, deren Textur selten fest ist. Ihre Farbe ist

scharlachrot, und bei unvorsichtiger Behandlung bluten sie leicht. Ihre Oberfläche ist etwas granuliert, und gegen Berührung sind sie äusserst empfindlich.“ Schützenberger bezeichnet als Carunculae Urethrae Fleisch- oder variköse Gewächse. Verneuil beschreibt Tumoren, die vorzugsweise aus Bindegewebe bestehen. Boivin und Dugès legen bei ihrer Beschreibung von Geschwülsten der weiblichen Harnröhre auf die sehr zahlreichen Gefässe das Hauptgewicht und nennen sie cellulovasculäre Gebilde. Rayan betont besonders, dass das Orificium Urethrae auch krebsig und syphilitisch degenerieren könne. Rokitansky erklärt, dass man Auswüchse und Condylome der männlichen Harnröhre selten, in der weiblichen dagegen öfter als blutende, dunkelrote, sich vor das Orificium vordrängende Geschwülste beobachten könne. West beschreibt ähnliche, sieht sie aber als hypertrophierte, von einem Pflasterepithel bedeckte Papillen an von verschiedener Dicke, die manchmal mit einem Stiele versehen sind und dann aus der Urethra herausragen können. Robert Lee und Portal geben als Entstehungsursache gewisser vasculärer Excrescenzen eine Entzündung der Schleimfollikel an, die sich am Ende der um das Orificium Urethrae befindlichen Ausführungsgänge befänden. Scanzoni schildert schliesslich Geschwülste als Karunkeln und fungöse Wucherungen von Hanfkorn- bis Gänseeigrösse, die flach oder gestielt auf der Schleimhaut der Mündung und des untern Teils der Harnröhre aufsitzen und einen mehr

oder weniger dicken Überzug von Pflasterepithel besitzen, während das unter diesem liegende Gewebe ausser aus einer embryonalen Bindegewebsformation zunächst aus Blutgefässen besteht, welche nach Wedl's Untersuchungen gruppenweise nach dem Typus der Vasa Vorticosa Chorioideae angeordnet sind. Alle diese Angaben über Entstehung und Aufbau von Affektionen der weiblichen Harnröhre entbehren aber, wie oben bemerkt, einer genauen wissenschaftlichen Grundlage. Zwar versuchte Kiwisch dieselben in verschiedene Gruppen einzuteilen, allein man vermisst auch bei ihm eine histologische Einteilung. Erst das Verdienst Winckel's ist es, durch eine systematische Bearbeitung der Erkrankungen der weiblichen Harnröhre Wandel auf diesem Gebiete geschaffen zu haben, indem er sie je nach ihrem Bau und der Veränderung, die sie an der Schleimhaut hervorrufen, in Condylome, Retentionscysten, Fibrome, Myxadenome, Sarkome, Varicen, vaskuläre Tumoren oder Polypen, lupöse und carcinomatöse Neubildungen eingeteilt hat.

Zu den seltensten dieser aufgeführten Erkrankungen gehören die lupösen Neubildungen der Urethra. Nach den neuesten Forschungen gehört der Lupus vulgaris, der im Gegensatz zu dem Lupus erythematodes auch Lupus exedens genannt wird, mit unter die durch Infektion von Tuberkelbacillen hervorgerufenen Krankheiten. Er ist, wie er auf dem Gesicht und an den Extremitäten seine Prädilektionsstellen hat, charakterisiert

durch das Auftreten kleiner in Gruppen gestellter oder auch mehr disseminierter erbsengrosser Knötchen von bräunlich roter Farbe und derber Konsistenz, wobei die zwischen den Knötchen liegende Haut nicht normal, sondern ebenfalls infiltriert zu sein pflegt. Je nachdem nun diese Knötchen das Niveau der Haut überragen oder nicht, spricht man von einem Lupus prominens s. tuberculosus oder von einem Lupus maculosus. Nach dem verschiedenen Verhalten des Fortschreitens der Knötchen unterscheidet man wieder einen Lupus disseminatus, wenn sie an der Peripherie regellos zerstreut entstehen und einen Lupus serpiginosus, wenn sie in Halbkreisen und Bogenlinien sich ausbreiten. Fallen dagegen die Knötchen der regressiven Metamorphose anheim, dadurch dass dieselben käsigen Zerfall und Verfettung zeigen und in Resorption übergehen, wobei besonders die Wucherung und Abschuppung der Epidermis auffällt, so hat man es mit der Form des Lupus exfoliativus zu thun, während der geschwürige Zerfall derselben zu der Bezeichnung Lupus exulcerans Veranlassung gegeben hat. Von einem Lupus hypertrophicus spricht man endlich bei starker, oft zu hochgradig, elephantiasisartiger Verdickung der Haut führender Granulationswucherung.

Über den Aufbau und die Entstehung der Tuberkel herrschte lange Zeit unter den verschiedenen Autoren die grösste Meinungsdifferenz. Einige, so Jarisch, waren der Anschauung, dass eine beträchtliche Neubildung von

Blutgefässen stattfände, die eine Anschwellung des Bindegewebszellennetzes mit nachträglicher Zerteilung bewirkten, welche mit ziemlich scharfer Umgrenzung um ein Gefäss zur Bildung mehr oder weniger scharf begrenzter Knoten führte, deren Anhäufung die makroskopischen Lupusknötchen darstellten. Nach Friedländer ist das Wesentliche bei den verschiedenen Formen des Lupus eine lokale Tuberkulose; er fasst die Knötchen als Tuberkel ähnliche Gebilde auf, die wie diese Riesenzellen mit epitheloiden Zellen aufweisen und Granulationszellen an der Peripherie zeigen. Seiner Ansicht stimmte dann die Mehrzahl der Forscher bei, als man regelmässig in den Lupusknötchen den Tuberkelbacillus fand, so dass heute allgemein die Meinung vorherrschend ist, dass die Knötchen nichts anders sind als umschriebene Granulationen, die wahrscheinlich durch Invasion des Tuberkelbacillus hervorgerufen werden.

Die Diagnose des Lupus vulgaris an der Haut bietet nach dem Gesagten im Allgemeinen keine Schwierigkeiten: in leichten Fällen wird sie immer sicher zu stellen sein, und in den schwereren sind doch so viele Anhaltspunkte gegeben, dass es auch hier leicht möglich ist, sich vor Irrtümern zu schützen.

Viel schwieriger ist es jedoch, den Lupus der Schleimhäute zu diagnosticieren. Abweichend von dem Auftreten auf der Haut zeigt er hier ein ganz anderes Verhalten. Die Knötchenbildung pflegt hier oft zu fehlen, die lupöse Schleimhaut bietet vielmehr den

Anblick diffuser Infiltration dar und weist meistenteils tiefe Rhagaden und Ulcerationen auf. Der Schleimhautlupus bildet fast stets eine unmittelbare Fortsetzung der Haut; nur an der Nase scheint der Beginn der Erkrankung oft von der Schleimhaut primär auszugehen, wo nach Neisser chronische Ulcerationen und Erosionen den Eintritt der Infektionserreger sehr erleichtern.

„Der Lupus vulvae nun beginnt, wie Fehling in seinem Lehrbuche schreibt, stets auf der Schleimhaut und zwar im Gegensatz zur Elephantiasis meist auf der der kleinen Labien. Es entstehen oberflächliche Knötchen, um welche herum die Schleimhaut diffus infiltriert ist; durch Abhebung der Epitheldecke des Knötchens entsteht ein Geschwür. Diese haben mehr Neigung in die Fläche als in die Tiefe weiter zu greifen, besonders an den kleinen Labien, an der Klitoris und an der Vagina. Zu beiden Seiten der Urethra findet man buchtige Geschwüre mit zackigem, hartem Rand; der Geschwürsgrund ist bald rot, bald gelblich speckig belegt.“ „Charakteristisch waren ferner, fügt er noch an, mehrfache polypöse Auswüchse, welche an verschiedenen Stellen, an der Vaginalwand, den Labien und der Umgebung des anus zipfelförmig herunterhingen.“ Germain Viatte hat in einer klinisch-histologischen Studie über Lupus vulvae oder Esthiomenes vulvae, wie er unter Vorantritt Huguier's genannt wurde, auseinandergesetzt, dass früher unter dem Namen Lupus vulvae die verschiedensten Erkrankungen unter einem klinischen Bilde vereinigt worden sind, und daher viele Fälle, die

als lupöse Affektionen veröffentlicht wurden, nach ihrer ätiologisch-pathologischen Grundlage nicht zu dieser zu rechnen sind. So sind nach ihm namentlich die Fälle von Huguier, Duncan und Andern, die diese über Lupus vulvae bekannt gegeben haben, nur mit Vorsicht unter den charakteristischen Lupus der Genitalien zu rechnen. In den meisten Fällen ist die Diagnose nur durch Ausschluss aller andern in Betracht kommenden Momente zu stellen, so dass einzelne Autoren sich veranlasst sahen, ein gleichartiges histologisches Bild des Schleimhautlupus zu leugnen, und ihn als einen rein klinischen Begriff aufzufassen.

Eine wie seltene Erkrankung der Lupus vulvae ist, kann man aus der Angabe der Autoren sehen, die sie über die Zahl der Fälle, die sie bei gewiss reichlichem Material zu beobachten Gelegenheit hatten, machen. So sagt Schröder: „Der Lupus vulvae ist jedenfalls sehr selten, ich selbst habe ihn nie gesehen.“ Glücklicher sind Fehling und Winckel, von denen der erste über drei, letzterer über fünf Fälle verfügt. Über das Vorkommen von lupösen Erkrankungen an der Urethralmündung oder in der unmittelbaren Umgebung derselben ist überhaupt nur so viel bekannt, als diese Erkrankung von den benachbarten Teilen bisweilen überzugreifen pflegt. So hat Winckel sie in einem Falle bei einem Lupus perforans vulvae, bei welchem die Ulceration die rechte Nymphe perforiert hatte, und in einem andern an der Basis der Clitoris, von wo sie sich bis in die Harn-

röhre hineinerstreckte, gesehen. In den bekannten Fällen hat sich der Lupus stets von der Vulva oder der Vagina aus auf die Urethra fortgesetzt, wenigstens ist mir in der Litteratur kein Fall aufgestossen, bei welchem man von einem primären Lupus der Urethra sprechen könnte. Um so mehr dürfte uns ein Fall von primärem Lupus der Urethra interessieren, welcher in der Klinik des Geheimrats von Winckel beobachtet und operirt wurde und mir von ihm gütigst zur Publikation überlassen ist.

Aus der Krankengeschichte erfahren wir folgendes:

A. W., 37 Jahre alt, Näherin. Von väterlicher Seite stark hereditär belastet, da er selbst, sowie drei Geschwister desselben an Phthisis pulmonum starben. Desgleichen ging der Mann der Patientin daran zu Grunde. Mutter befindet sich am Leben. Von früheren Erkrankungen gibt Patientin Masern, Chlorose und ein Erysipel an. Auch machte sie verschiedentlich schwere Geburten durch, von welchen die beiden ersten durch Kunsthilfe mittelst Forceps beendigt werden mussten. Seit sechs Jahren leidet sie an unwillkürlichen Urinentleerungen, die in letzter Zeit zugenommen haben und besonders stark kurz vor der Menstruation auftraten.

Befund bei der Aufnahme am 21. Juli 1893:

Patientin ist mittelgross, ziemlich kräftig gebaut, Muskulatur gut entwickelt. Fettpolster gering. Brust- und Bauchorgane ohne Besonderheiten, namentlich an den Lungen keine pathologischen Veränderungen nach-

weisbar. Am Introitus vaginae befinden sich eine Reihe von Prominenzen, die dem Saum der Urethra anzugehören scheinen. Zu beiden Seiten der Urethra sieht man zwei mässig grosse Gewebsdefekte, die besonders nach oben hin die periurethrale Schleimhaut zerstört haben, während unten und seitlich zwei Brücken gesunder Substanz übrig geblieben sind. Der Sphincter vesicae ist gleichfalls partiell zerstört. Aus dem Orficium Urethrae ragen aus der Tiefe zwei gestielte, polypenartige Gebilde heraus.

Es wurde die Diagnose auf ulcerösen Lupus Urethrae mit Polypenbildung gestellt, welcher durch ausgedehnte Zerstörung des Sphincter vesicae zur Incontinentia urinae geführt hat. Um diesem Übel abzuhelfen, wurde am 22. Juli in Chloroformnarkose an der Patientin eine Urethralplastik vorgenommen.

Die Operation selbst verlief in vier Zeiten. Zuerst wurden die zwei neben den ulcerierten Gewebslücken zu beiden Seiten des Orificium Urethrae stehen gebliebenen Schleimhautbrücken mit der Scheere durchtrennt und nach unten zurückgeschlagen. Dann wurden die beiden aus der in der Tiefe freigelegten Urethralmündung herausragenden Polypen mit dem Paquelin abgetragen und in die Urethra ein elastischer Katheter eingeführt. Als dritter Akt wurden zunächst auf beiden Seiten ein achteckiges zwischen labium maius und Urethra gelegenes Stück, ferner ein ebensolches aus den im ersten Akte abgeschnittenen und vorläufig nach unten

zurückgeschlagenen Lappen angefrischt, welche nun durch je fünf Seidennähte in der Weise mit einander vereinigt wurden, dass die untere Wundfläche in die Höhe geklappt und auf die obere genäht wurden; zuerst auf der rechten, dann auf der linken Seite. Links bildete das nach unten geschlagene Stück nur eine sehr schmale Brücke, so dass hier, wie wir später sehen, durch die Dehnung des Gewebes eine Störung in dem Erfolg der Plastik von vornherein zu erwarten war. So waren also jetzt ausser dem schon vorhandenen untern Teil der Harnröhrenmündung anch die beiden seitlichen geschaffen. Schliesslich wurde als Schlussakt die noch fehlende Umgrenzung oben dadurch hergestellt, dass ein kleines halbkreisförmiges Gewebsstück mit der convexen Seite nach aussen excidiert, und die Wundränder durch zwei Nähte geschlossen wurden. Auf solche Weise wurde eine vollständig normal weite Harnröhrenmündung geschaffen.

Patientin befand sich noch vierzehn Tage in der Klinik. Ausser einer geringfügigen nekrotischen Stelle am linken Labium, die sehr schnell wieder verschwand, war der Heilungsverlauf ein völlig befriedigender. Der anfangs noch bestehende Harndrang liess sehr schnell nach. Die Patientin konnte nach Entfernung der Nähte am 6. VIII. ohne Beschwerden entlassen werden.

Jedoch schon am 11. X. waren die unwillkürlichen Urinentleerungen in dem Masse wieder gekehrt, dass von neuem zur Operation geschritten werden musste.

Es fand sich das Orificium Urethrae auf eine Länge von etwa zwei cm so weit, dass man den kleinen Finger hineinlegen konnte. Ausserdem hatten die beiden seitlichen Hautbrücken, unter welchen man die Sonde hindurchführen konnte, die untere Wand nach oben hin fixiert.

Am 12. X. wurde die Patientin abermals operiert. Bei Beginn der Operation tröpfelte spontan Urin aus der Harnröhrenmündung heraus. Zunächst wurden die beiden seitlichen Hautbrücken an ihrer obern Insertion durchtrennt. Sodann wurde nach Einlegung eines Katheters aus der linken Urethralwand ein keilförmiges Stück mit der Basis nach aussen excidiert, die Ränder unterminiert und von aussen mittels Lauenstein'scher Suturen vereinigt. Dadurch wurde der Verschluss der Harnröhre wieder hergestellt. Dann wurden durch das periurethrale und perivaginale Bindegewebe einige weitere Katgutsuturen gelegt und so ein seitlicher und etwas nach unten sich erstreckender Damm angelegt. Zuletzt wurde die Scheidenschleimhaut mit Fil de Florence vereinigt. Rechts wurde in ähnlicher Weise vorgegangen; nur konnte hier ein etwas grösseres keilförmiges Stück aus der Urethra excidiert werden. Die Harnröhrenmündung ist jetzt wesentlich verengt worden. Doch muss auch hier wiederholt werden, dass rechts wegen reichlicher zur Verfügung stehenden Materials die Eindämmung hat besser und massiger hergestellt werden können als links. Zuletzt wurden die beiden ursprüng-

lichen Hautbrücken am urethralen Ende abgetragen, und die Ränder mit Katgutfäden vereinigt. Patientin war nach vierzehntägiger klinischer Beobachtung vollständig continent und wurde dann als gebessert entlassen.

Was zunächst die Art und Weise der Operation betrifft, so sind von den einzelnen Autoren je nach Indikation und Verhältnissen die verschiedensten Methoden in Vorschlag gebracht und ausgeführt worden. Alle laufen dahin hinaus, die durch irgend welche Verhältnisse bedingte Incontinenz der Urethra möglichst gut und dauernd zu beseitigen. Die Incontinenz selbst kann dabei durch Defekte in der Wandung der Harnröhre bedingt sein; sie kann aber auch als sogenannte urethrale Incontinenz bestehen, wo zwar eine vollständige Harnröhre existiert, diese aber nicht willkürlich continent ist. Um nur einige von den Autoren vorgenommene Operationen anzuführen, so construierte Runge in einem Falle, wo der obere Teil des Septum urogenitale erhalten war, die hintere Wand der Urethra aber vollständig fehlte, dadurch eine neue Urethra, dass er aus dem stehengebliebenen Lappen der ursprünglichen Urethra eine vordere und aus einem Theil der vordern Scheidenwand die hintere Wand bildete. Es entstand auf solche Weise ein drei Centimeter langer Kanal, der natürlich keine Schleimhaut hatte, aber doch eine mehrstündige Continenz ermöglichte. Fritsch benutzte, um ein möglichst weites Lumen zu erzielen, zur Bildung der hintern Wand der Urethra die kleinen Labien, aus denen er

ein rechteckiges Stück, dessen Stiel den einen Klitorisschenkel bildete, herausschnitt und es in den Defekt hineinnähte, wodurch eine völlig normale Harnröhre gebildet wurde. Schröder bediente sich einer besonderen Methode, deren Prinzip darin bestand, dass zuerst die untere Harnröhrenwand freigelegt und durch zwei seitliche Schnitte von der obern abgelöst wurde. Dadurch, dass er nach Dehnung der losgetrennten untern Wand sie an einer höhern Stelle als vorher wieder annähte, erreichte er nicht nur eine Verlängerung der Urethra, sondern auch eine Verlagerung der Harnröhrenmündung nach oben. Rutenberg hoffte durch Anlegung einer Vesicoabdominalfistel und Verschluss der ursprünglichen Urethra Herstellung der Continenz zu erzielen. Der Umstand, dass dabei fortwährend eine Pelotte getragen werden musste, um den Verschluss der Urethra präternaturalis zu ermöglichen, ist für die auf diese Weise Operierte allerdings ein Gegenstand steter und unangenehmer Belästigung. C. Pawlik suchte durch Querspannung und Knickung der Harnröhre die Incontinenz zu beseitigen, in der Erwägung, dass eine Harnröhre mit eng anliegendem lumen und gutem Verschluss continent sein müsse. Gersuny gab eine Methode an, die hauptsächlich dazu dienen sollte, den Sphincter zu ersetzen, indem er die Harnröhre bis zum Collum vesicae frei präparirte, sie um ihre Längsachse drehte und dann festnähte, wonach durch Aufeinanderlegen der so entstandenen Längsfalten die Harnröhre fest verschlossen

werden sollte. Am bekanntesten ist schliesslich die Methode, welche von Frank und Winckel angegeben wurde, um diejenige Incontinenz der Urethra zu beseitigen, welche zuweilen nach der Dilatation zurückbleibt oder durch das Klaffen des Orificium nach geschwürigen Zerstörungen entsteht. Es wurde von ihnen eine Verengerung des Lumens dadurch angestrebt, dass sie einen Keil aus dem Septum urethro-vaginale herausgeschnitten und den so entstandenen Spalt durch Nähte wieder schlossen.

In unserm Falle war die vorzunehmende Operation durch die infolge der destruktiven Prozesse bestehenden Verhältnisse von vornherein gegeben. Es mussten die ulcerierten Gewebspartien entfernt, und die beiden Polypen abgetragen werden. Sodann bestand die Aufgabe darin, aus dem nun noch vorhandenen Material eine neue Harnröhrenmündung zu bilden. Einerseits konnten dazu die zwei noch stehengebliebenen Hautbrücken verwandt werden, andrerseits musste aber zur Bildung der seitlichen und obern Wand neues Material durch Entnahme aus der Nachbarschaft herbeigezogen werden, in einer Weise, wie es bei Schilderung der Operation ausführlich erörtert worden ist. Die sich daran anschliessende zweite Operation wurde ähnlich, wie sie von Frank und Winckel angegeben ist, ausgeführt. Nur insofern wurde sie modifiziert, als nach Durchtrennung der Hautbrücken nicht ein Keil aus der untern Wand, sondern zwei, je

einer aus der linken und rechten Wand excidiert wurden.

Wenden wir uns nun zu den Gründen, die uns in unserm Falle veranlasst haben, unsere Diagnose auf Lupus Urethrae zu stellen, so war in erster Linie das gesamte Krankheitsbild und der histologische Befund massgebend, schliesslich wurde auch durch Ausschluss aller andern in Betracht kommenden Möglichkeiten unsere Annahme wesentlich gestützt. Einmal sprach für Lupus der chronische Verlauf der Erkrankung, das langsame Wachstum des Krankheitsherdes und die mangelnde Beteiligung der Lymphdrüsen. Sodann war abgesehen von den Beschwerden der Incontinenz, die ja nicht von dem Lupus als solchem veranlasst waren, das Allgemeinbefinden bei unserer Patientin wie bei allen Erkrankungen an Lupus keineswegs gestört. Es waren auch in unserm Falle die von Fehling betonten Polypen vorhanden. Die vorgenommene histologische Untersuchung derselben ergab einen überall erhaltenen einfachen Epithelsaum. Das Gewebe selbst bestand aus Granulationsgewebe mit quergetroffenen Kapillaren und um die Gefässlumina Anhäufungen von Rundzellen in Form der kleinzelligen Infiltration. Nach den vorhergehenden Auseinandersetzungen müssten sich, um einen typischen Lupus konstatieren zu können, Tuberkelbacillen, Riesenzellen, epitheloide Zellen und kleinzellige Infiltration durch das Mikroskop nachweisen lassen. Tuberkelbacillen und Riesenzellen liessen sich aber in unserm

Falle nicht nachweisen, ein Umstand, der deshalb nicht so ins Gewicht fällt, als unter allen beschriebenen Lupusfällen überhaupt nur in einem Falle Tuberkelbacillen gefunden wurden. Es war dies in einem der Fehling'schen Fälle, der von Viatte ausführlich beschrieben wurde. Es hat unser Fall mit diesem in seinem histologischen Befund am meisten Aehnlichkeit, wo auch die Untersuchung von Polypen, die dort gleichfalls im Anschluss an zwei fünfpfenniggrosse Geschwüre sich gebildet hatten, das ganz gleiche Resultat lieferte. Nur wurden in den ausgekratzten Gewebsfetzen durch Hägeler Tuberkelbacillen in beträchtlicher Anzahl gefunden. Wie dies der einzige Fall ist, wo bei Lupus vulvae der Nachweis des Koch'schen Bacillus gelungen ist, wurde in gleicher Weise der Nachweis der Verkäsung des Infiltrats auch nur bis jetzt von Birch-Hirschfefd in einem Falle erbracht, den Winckel in seinem Atlas abgebildet hat.

Einen weiteren Stützpunkt für die Diagnose eines Lupus Urethrae bildet schliesslich der Ausschluss der in differentialdiagnostischer Hinsicht noch möglichen Erkrankungen.

Um zuerst das mehr Fernliegende auszuschliessen, so kommt die carcinomatöse Degeneration vollständig ausser Frage. Wir haben es bei Carcinom in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur mit ältern Personen zu thun. Bei einem schon sechsjährigen Bestehen der Affektion hätten sich schnelleres Wachstum, Lymph-

drüsenschwellungen und schwere Allgemeinstörungen bemerkbar gemacht. Ferner hätte die histologische Untersuchung über die krebsige Natur des Leidens sichern Aufschluss gegeben. Von den Erscheinungen, die das Carcinom an der Urethra des Weibes macht, schreibt Meissner: „Der periurethrale Krebs entwickelt sich als Knoten im Vorhof der Vulva in der Nähe der Harnröhre, vertieft sich darauf mehr oder weniger in dem Zellgewebe längs der Harnröhre, ohne die Wandungen oder die Schleimhaut auf derselben zu affizieren; doch kann sekundär bei eintretendem Krebsgeschwür auch die Oeffnung derselben ulcerieren. Das Knötchen ist anfangs hart, nicht ulceriert, nicht oder nur wenig bei Druck schmerzhaft, zuweilen der Sitz von lanzinierenden Schmerzen, welche zur Entdeckung desselben führen. Oft wird aber die Wucherung erst bemerkt, wenn sie beträchtlich gewachsen ist, ulceriert und blutet". Vergleichen wir diese Schilderung mit dem klinischen Bilde, wie es sich uns dargeboten hat, so ergibt sich daraus eine so grosse Verschiedenheit in dem ganzen Krankheitsbilde, dass wir das Carcinom völlig ausser Betracht lassen können.

Bei Seite lassen können wir das Sarcoma Urethrae, über dessen Vorkommen sich in der Litteratur nur sehr wenige Aufzeichnungen finden. So hat Beigel einen und Ehrendorffer zwei Fälle von Urethralsarkom beschrieben. Auch hier hätte der histologische Befund sichern Aufschluss gegeben.

Landau beschreibt eine seltene Erkrankungsform der weiblichen Harnröhre, die er mit dem Namen Ulcus rodens Urethrae belegt hat. Die Hautmerkmale sollen dafür sein die destruktive Tendenz, der völlige Mangel einer Neigung zur Regeneration, das chronische Fortschreiten und das Beschränktbleiben auf der Harnröhre. Die Harnröhrenmündung wird zuerst ergriffen, nimmt eine unregelmässige Form an und ist nicht selten durch Excrescenzen verlagert. Die Schleimhaut selbst wird von hochroter Farbe und bietet den Anblick einer granulierenden, mit Eiter bedeckten Wundfläche. Er führt dann noch eine Reihe charakteristischer Befunde an, die aber gar nicht mit dem unsrigen übereinstimmen, so dass ich von deren Beschreibung glaube absehen zu dürfen.

Auszuschliessen ist ferner das Ulcus molle, das abgesehen von einzelnen Ausnahmefällen die Zeit von vier bis fünf Wochen nicht zu überschreiten pflegt und durch Anwesenheit von Bubonen und den sonstigen spezifischen Merkmalen eine Verwechslung unmöglich macht.

In den Bereich der Möglichkeit könnte noch die Elephantiasis Vulvae gezogen werden, die sich durch langsame und allmähliche Entwicklung fast ohne jegliche Entzündungserscheinungen und ohne Störung des Allgemeinbefindens auszeichnet. Wir verstehen darunter eine lokale, auf einzelne Körperteile beschränkte Krankheit, welche zu einer Hypertrophie des Cutisgewebes

führt und eine Massenzunahme aller örtlich miterkrankten Gewebe zur Folge hat. Diese Volumenzunahme ist also das auffallendste Symptom bei der Elephantiasis, ohne welches überhaupt von ihr nicht gesprochen werden kann. Unser Fall zeigt aber durchaus nicht diese Eigentümlichkeit, er neigt vielmehr zum Gegenteil, zum nekrotischen Zerfall hin und dürfte deshalb kaum zu diagnostischen Irrtümern mit dieser Krankheit Veranlassung geben.

Bei oberflächlicher Betrachtung könnte unser Krankheitsbild ferner mit der sogenannten Elephantiasis Gräcorum, der Lepra verwechselt werden, einer Erkrankung, die bei uns fast gar nicht vorzukommen pflegt. Der Verlauf der Lepra ist ein chronischer. Es entstehen nach Vorausgehen von einem Exanthem an der Stelle desselben kleine Knötchen, die allmählich grössere Dimensionen annehmen und schliesslich, wenn auch selten, zu ulcerösen Zerstörungen führen. Allein hier ist der Ausbruch des Exanthems charakteristisch, und dann ist die Lokalisation vorzugsweise im Gesicht und an den Extremitäten; an den Schleimhäuten tritt sie sehr selten auf und dann höchstens durch Übergreifen von benachbarten Stellen. Schliesslich würde auch der Nachweis der von Hansen und Neisser entdeckten Leprabacillen, die in allen leprösen Neubildungen vorkommen, für die Diagnose entscheidend sein.

Wichtiger ist dagegen die Unterscheidung von einem tertiären Syphilid der periurethralen Schleimhaut, das

sich frühzeitig, schon wenige Jahre nach der Infektion einstellen, andererseits aber erst nach Jahrzehnten zum Vorschein kommen kann. Am wichtigsten ist hierbei nach Lesser der Unterschied der Geschwürsbildung, bei Lupus flacher oder sogar über dem Niveau erhabener, roter, glatter oder granulierter, leicht blutender Grund; bei Syphilis tiefer, eitrig belegter mit steil abfallenden Rändern. Nach Winckel unterscheidet sich die lupöse Infiltration von der Lues durch diffusere Induration, langsame Vergrösserung der Geschwüre und spärlichere Absonderung, Unterscheidungsmerkmale, die sämtlich auf unsern Fall zutreffen und den luetischen Ursprung der Erkrankung vollständig ausschliessen.

Sind wir so auf dem Wege der Exclusion zu dem Ergebnis gelangt, dass es sich in unserm Falle um keine andere Krankheitsform handeln kann, darf wohl die von uns gestellte Diagnose mehr als gerechtfertigt erscheinen. Wenn auch die charakteristischen Merkmale, Tuberkelbacillen und Riesenzellen, fehlen, sind doch der Anhaltspunkte für Lupus so viele und schwerwiegende, wie denn auch der ganze Verlauf der Erkrankung mit dem des Lupus, wie er sonst an der Vulva vorzukommen pflegt und von den Autoren geschildert wird, die grösste Ähnlichkeit hat, dass wir die lupöse Erkrankung der Urethra als die bei weitem wahrscheinlichste annehmen müssen.

Um auch noch die ätiologischen Momente unsers Falles zu berücksichtigen, so ist die Frage nicht ganz

von der Hand zu weisen, ob nicht die Incontinentia Urinae zum Teil wenigstens auf mechanische Ursachen zurückzuführen ist. In der That ist durch tägliche Beobachtungen bewiesen, dass Frauen durch mechanische und traumatische Insulte, die während des Geburtsaktes unvermeidlich sind, vielfachen Beschwerden von seiten der Urethra ausgesetzt sind. Es gehört nicht zu den Seltenheiten, dass solche Frauen Erschlaffung des Sphincter Vesicae und Dehnung der Urethra davontragen, wodurch wieder die Incontinenz der Blase bedingt wird.

Ob jedoch in unserm Falle wirklich ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung und den Geburten besteht — zeitlich fallen die letzte Geburt und der Beginn des Leidens zusammen — muss unentschieden bleiben, da wir hierfür keine nähern Anhaltspunkte besitzen. Gleichzeitig wäre auch durch eine etwa entstandene Läsion ein günstiger Boden für Invasion des Tuberkelbacillus gegeben, zumal da Gelegenheit, sich zu inficieren bei unserer Patientin genügend vorhanden war, da sowohl Vater als Gatte an Lungenphthise zu Grunde gingen. Es wäre dies dann eine Bestätigung der Ansicht Zweigbaums, dass die primäre Genitaltuberkulose durch direkte Übertragung in Folge geschlechtlichen Verkehrs mit Phthisikern entstehen könne.

Was endlich die prognostische Seite unseres Falles anlangt, so ist sie quoad valetudinem completam höchst dubia. Denn wie es schon fast unmöglich ist, einen künstlichen Sphincter Vesicae herzustellen, der ununter-

brochen gut seine Functionen erfüllt, so kommen hier noch die wenig günstigen Verhältnisse, wie sie oben bei der Beschreibung der Operation geschildert wurden, hinzu, sodass eine absolut günstige Prognose nur mit Vorsicht gestellt werden kann.

Zum Schlusse sei mir gestattet, Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Winckel für die gütige Überlassung des anregenden Themas zur Bearbeitung meinen Dank auszusprechen.

Litteraturangabe:

1. Lehrbücher der Frauenkrankheiten von Winckel, Schröder, Fehling, Fritsch, Martin.
2. Billroth und Lücke, Handbuch der Frauenkrankheiten.
3. Lesser, Lehrbuch der Hautkrankheiten.
4. Birch—Hirschfeld, Lehrbuch der Pathologie.
5. Virchows Archiv 1880 I und Bd. 91 (Fränkel).
6. Beigel, Krankheiten des weiblichen Geschlechtes.
7. Scanzoni, Frauenkrankheiten.
8. Frommel, Jahresbericht über die Fortschritte der Gynaecologie und Geburtshilfe. I. Jahrgang.
9. Centralblatt für Gynaecologie 1887.
10. St. Petersburger med. Wochenschrift 1887. Nr. 20.
11. Himmelfarb: Archiv für Gynaecologie. XXXXIV.
12. Germain Viatte: Archiv für Gynaecologie.